

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3069/2013

ATAS/154/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 2 mars 2015

9ème Chambre

En la cause

Monsieur A_____, domicilié à AIRE

recourant

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue des Gares 12, GENEVE

intimé

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Monsieur A_____ (ci-après l'assuré ou le recourant), né en 1957, a travaillé en tant qu'enseignant à plein temps dès 1987 pour l'Etat de Genève (ci-après l'employeur).
2. Le 21 août 2007, l'assuré a déposé une demande de prestations auprès de l'Office d'assurance-invalidité (ci-après l'OAI ou l'intimé) en invoquant une dépression depuis quatre ans, provoquée par la durée de sa procédure de divorce. Il a précisé que son employeur l'avait invité à déposer cette demande mais qu'il allait mieux et reprendrait l'enseignement la semaine suivante.
3. Dans un rapport du 21 septembre 2007, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a diagnostiqué un état dépressif. L'assuré avait rencontré des problèmes conjugaux. Son divorce n'était pas encore résolu. Il y avait une période d'alcoolisation et un état dépressif majeur. L'activité actuelle était encore exigible à mi-temps mais le rendement était en amélioration.
4. Dans un rapport du 7 janvier 2008, la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué des troubles mixtes de la personnalité (F61.0) sous forme d'une personnalité évitante (F60.6), anxieuse, émotionnellement instable de type borderline (F60.31), auxquels venait s'ajouter un état dépressif sans syndrome somatique d'intensité majeure (F323.30 [sic]), accompagné d'un état d'anxiété généralisé (F41). L'assuré se plaignait de troubles du sommeil très importants, d'anhédonie, d'un sentiment d'à quoi bon et d'un vide. Il pleurait facilement en racontant sa situation et sa solitude. La seule chose qu'il avait réussi à sauver était son travail, qui lui tenait très à cœur. Il avait par moments des idées suicidaires. Dans son rapport annexé, le médecin a indiqué qu'elle avait pratiqué un test neuropsychologique qui avait mis en évidence un trouble de l'humeur avec un état dépressif majeur sévère et un trouble anxieux, mais en aucun cas une incapacité ouvrant une rente d'invalidité. La baisse de la concentration et l'anxiété avaient un impact sur la concentration et la performance en classe lors de l'enseignement. Dans le passé, l'assuré avait connu une diminution de rendement, qui avait cependant disparu. Une évaluation professionnelle serait peut-être nécessaire. La capacité de travail pouvait être améliorée en laissant l'assuré suivre son rythme tranquillement et en mettant en place un emploi du temps progressif selon les améliorations. Une activité dans l'enseignement était envisageable et exigible à 100%. Il faudrait être attentif à une certaine irrégularité des performances en raison du trouble de l'humeur qui pouvait avoir un effet sur le rendement.
5. Dans son avis du 22 février 2008, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR), a retenu que l'assuré avait connu un état dépressif réactionnel sévère, mais qui n'entraînait pas d'incapacité de travail de longue durée selon son psychiatre traitant. Il y avait eu dans le passé certainement une baisse de rendement, mais plus actuellement.

6. Par décision du 29 février 2008, l'OAI a rejeté la demande, considérant que l'assuré ne présentait pas de pathologie invalidante de longue durée au plan somatique ou psychiatrique. Il n'y avait donc pas d'éléments justifiant une incapacité de travail.
7. Le 26 janvier 2011, l'assuré a déposé une nouvelle demande de prestations, indiquant qu'il était en arrêt de travail à 100 % depuis le 13 janvier 2010 en raison d'une dépression chronique, après avoir été occupé « en dents de scie » de 2005 à 2009.
8. Par projet de décision du 1^{er} avril 2011, l'OAI a refusé d'entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations.
9. Dans son rapport du 19 avril 2011, le docteur E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et psychiatre traitant, a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré et d'une incapacité de travail totale depuis le 14 janvier 2010. Les diagnostics avec effet sur la capacité de travail étaient ceux de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2), de trouble mixte de la personnalité (anxieuse, évitante, F61) et de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31). L'assuré présentait une baisse de l'élan vital, des idées de culpabilité, d'incapacité, un sentiment de vide et une anxiété fluctuante. Le pronostic était réservé, l'assuré se désorganisant de manière importante lors de stress, particulièrement dans les contacts extérieurs.
10. Dans un avis du 8 juin 2011, le docteur F_____, médecin auprès du SMR, a relevé que les diagnostics ne s'étaient pas modifiés depuis la dernière procédure et que les éléments cliniques présentés par le psychiatre traitant étaient insuffisants. Il n'y avait dès lors pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr D_____ du 22 février 2008.
11. Par décision du 23 juin 2011, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, motif pris que la situation médicale de l'assuré ne s'était pas modifiée et qu'il s'agissait d'une appréciation différente d'un même état de fait. Sa capacité de travail était considérée comme entière dans toute activité depuis toujours.
12. Saisi d'un recours de l'assuré, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a procédé à l'audition des parties le 14 septembre 2011. Le recourant a répété qu'il était en arrêt de travail à 100 % depuis le 14 janvier 2010, alors qu'il avait pu reprendre auparavant son activité d'enseignant à 100 %. Il a expliqué que son directeur l'avait à l'époque obligé à déposer une demande auprès de l'assurance-invalidité. De son côté, il avait tout fait pour ne pas émarger à cette assurance. Il avait repris son travail, mais la situation avait changé et d'autres événements expliquaient sa rechute. La représentante de l'OAI a indiqué que de son point de vue, la décision rendue aurait dû être un refus d'entrée en matière.
13. Par arrêt du 28 septembre 2011, le Tribunal cantonal des assurances sociales a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a en substance retenu qu'il apparaissait que l'état psychique de

l'assuré avait des répercussions sur sa capacité de travail depuis le début de l'année 2010, alors qu'auparavant la capacité de travail était entière selon la Dresse C_____. Il y avait ainsi lieu de procéder à une instruction complémentaire sur l'incidence des troubles psychiques (ATAS/895/2011).

14. Dans un questionnaire daté du 15 décembre 2011, l'employeur a indiqué que l'assuré exerçait son activité de maître d'enseignement professionnel à plein temps depuis 1990. Il avait été en incapacité de travail pour maladie depuis le 11 janvier 2010.
15. Dans un rapport du 30 janvier 2012, le Dr E_____ a repris les diagnostics posés le 19 avril 2011. L'assuré présentait une aggravation de son état de santé et son incapacité de travail, totale depuis le 14 janvier 2010, perdurait. Les symptômes étaient une baisse de l'élan vital, des idées de culpabilité, d'incapacité, un sentiment de vide, une anxiété fluctuante. Il se désorganisait de manière importante lors de stress, particulièrement lors de contacts extérieurs. Il ne pouvait maintenir une activité concentrée au-delà de quarante-cinq minutes.
16. L'OAI a confié une expertise au docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Ce dernier a rendu son rapport le 7 mars 2013. L'assuré ne présentait aucun diagnostic ayant une répercussion sur sa capacité de travail. Il souffrait de dépendance éthylique, de perturbation des émotions et du comportement liée à la consommation chronique d'alcool, d'un état dépressif majeur atypique, d'une non observance au traitement de Cymbalta et d'une personnalité état limite avec des défenses narcissiques et projectives. Les limitations étaient les suivantes : troubles de l'attention et de la concentration en grande partie dues à la consommation d'alcool, plaintes somatiques atypiques peu consistantes, symptomatologie dépressive atypique. Il n'y avait pas véritablement d'anhédonie, d'aboulie, d'apragmatisme, mais surtout une forme de régression. Les symptômes psychiques semblaient interférer plus avec les activités déplaisantes qu'avec celles qui procuraient une certaine satisfaction à l'assuré. La capacité de travail était probablement entière dans toute activité médico-théorique adaptée à sa motivation et à ses compétences.

S'agissant de l'anamnèse personnelle et professionnelle, l'expert a notamment relevé sur ses rapports avec son épouse que l'assuré revenait « sur les mêmes banalités », soit qu'il voulait juste avoir une femme et un enfant et rentrer chez lui en ramenant l'argent, son épouse s'occupant du reste. Il indiquait avoir acheté une maison avec l'aide de ses parents et que son épouse lui aurait finalement tout pris. Tout au plus donnait-il une image dégradante de son épouse.

Interrogé sur son traitement médical, l'assuré avait déclaré prendre du Cymbalta®, avant d'admettre ne plus suivre ce traitement depuis deux à trois semaines lorsque l'expert lui avait annoncé qu'il procéderait à un dosage de ce médicament. L'assuré s'estimait incapable de travailler, même à temps partiel. Il se plaignait d'un manque d'envie, de motivation, de problèmes financiers et de ses échecs à retrouver un

emploi. Il se levait vers 6h30, regardait un peu la télévision, allait voir ses parents une fois par mois. Il surfait parfois sur internet. Il était difficile de savoir véritablement comment l'assuré occupait ses journées en raison de son manque de collaboration.

Dans le cadre de l'expertise, Madame H_____, psychologue, a fait passer des tests psychométriques à l'assuré. Elle a constaté une mauvaise concordance entre les tests d'hétéro- et auto-évaluation. L'échelle de Hamilton révélait une symptomatologie dépressive légère et une anxiété mineure, alors que le questionnaire de Beck révélait une symptomatologie dépressive modérée et que le facteur dépression selon le questionnaire d'auto-évaluation Symptom Checklist SCL-90R était plus fortement pathologique. Le test d'anxiété de Spielberger montrait des scores en faveur d'une anxiété très élevée et d'une personnalité anxieuse, et ceci en concordance avec le facteur anxiété du SCL90R et le facteur sensibilité interpersonnelle et vulnérabilité. Le test de MAST était positif à 91 % pour l'abus d'alcool ou alcoolisme. Les échelles de Young soulignaient une mauvaise prise de conscience chez un sujet qui tendait à mettre en valeur sa personne comme étant au service des autres, ce qui ne paraissait guère être le cas dans la réalité des faits.

S'agissant des résultats de l'analyse sanguine, l'alcoolémie était de 1,7 pour mille deux heures après l'arrivée de l'assuré. Le taux de gammaglutamyl-transférases (198 UIL) soulignait la dépendance éthylique au long cours.

L'expert a rapporté que l'assuré s'était présenté avec quarante-cinq minutes de retard à l'expertise, avec un fœtor alcoolique très important. Il avait d'abord minimisé cette problématique, avant d'admettre lors de la prise de sang avoir bu 1,5 l de bière à 8.2 % d'alcool avant de venir. A la fin du premier entretien, l'assuré était sorti manger. En croisant le psychiatre vers 15h00, il lui avait spontanément indiqué qu'il avait bu un peu de vin à midi avant de sortir du cabinet, où il avait uriné dans la rue, contre le mur sous la plaque professionnelle de l'expert. Malgré une intelligence normale et un examen neuropsychologique paraissant globalement dans la norme, l'entretien avait été difficile. L'assuré était moyennement collaborant et répondait par des banalités. Il était réticent à donner des informations plus précises. Il répondait à côté, de manière assez répétitive, en se plaçant d'emblée dans une attitude de victime, affirmant vouloir « une vie tranquille », avoir été de manière tout à fait injuste « déçu » par son épouse, avoir subi la malveillance d'un nouveau chef qu'il connaissait depuis trente ans, qui aurait par la suite tout fait pour qu'il ne retrouve pas un emploi malgré ses recherches depuis 2010. Le tableau clinique était dominé par une symptomatologie psychique atypique et difficilement systématisable. L'assuré affirmait tout au plus « ne pas être bien ». Il se plaignait surtout de « manquer de revenus ». L'expert avait néanmoins appris qu'il bénéficiait d'une avance de sa caisse de pension de CHF 5'000.- par mois mais qu'il ne payait pas la plupart de ses factures – dont les impôts – depuis deux ans, et qu'il était soutenu par ses parents. Malgré tout,

l'assuré déclarait ne pas pouvoir s'offrir un café ou une bière dans l'établissement à proximité de son logement. Le sommeil était difficile à apprécier au vu de la collaboration incertaine. Il semblait variable. L'assuré annonçait une humeur un peu fluctuante, parfois un manque d'envie, ce qu'il attribuait encore une fois à ses problèmes financiers. Du point de vue anxieux, il n'y avait pas d'argument pour un trouble de l'anxiété généralisé ou un trouble panique tels qu'ils étaient définis par le DSM-IV, ni pour un état de stress post-traumatique. L'assuré ne souffrait pas de phobie simple, de claustro-agoraphobie, de phobie sociale, de phobie du sang ou d'un trouble obsessionnel compulsif. Il minimisait sa consommation d'alcool, difficile à apprécier mais probablement beaucoup plus importante qu'il ne voulait le dire. Souvent, il prenait une bière le matin, parfois à l'apéro, du pastis, du rosé, d'autres bières, du vin rouge. Il n'y avait pas de tabagisme, ni de prises de substances illicites. L'expert a rapporté l'absence de signes florides de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée. L'expert a ensuite décrit la personnalité de l'assuré comme suit. Ce dernier se montrait facilement manipulateur dans la relation. Il cherchait une forme de compassion de son interlocuteur en évoquant ses problèmes financiers, ses soucis professionnels, avant de parler de sa souffrance elle-même. Il était assez rigide, particulièrement projectif et n'entendait pas se remettre en question. Il se montrait très dénigrant à l'égard de ceux qui l'avaient contrarié et exprimait aussi son agressivité par de très nombreux sous-entendus. La relation à l'autre dénotait un caractère très utilitaire, l'autre ne semblait pas avoir une existence, paraissait être un objet qu'il pouvait utiliser, manipuler au gré de ses besoins et nécessités. Dans ce cas, on parlait de relation dite pré-objectale qui caractérisait le sujet état limite.

Dans la discussion, l'expert a indiqué qu'on pouvait supposer que le rapport de la Dresse C_____ précisant que la capacité de travail de l'assuré était entière n'avait pas été sans incidence sur l'interruption du traitement auprès de cette thérapeute. Volontiers manipulateur, l'assuré tendait à renverser les rôles et attribuait à son ex-employeur sa première demande de prestations invalidité, faisant implicitement comprendre que la deuxième demande émanait de lui et qu'elle devrait donc être réellement prise en compte. Il était étonnant que les rapports médicaux n'évoquent jamais la dépendance éthylique, à l'exception du rapport du Dr B_____, alors que l'assuré affichait tous les stigmates d'un éthylo-tabagisme chronique. L'assuré était manifestement dans le déni sur ce plan. L'état dépressif était très atypique, marqué par une forme de régression. L'assuré était souvent flou, ambivalent, revenait sans cesse à ses besoins financiers. Il existait de nombreuses contradictions à cet égard, qui faisaient suspecter une tendance à la dramatisation et à l'amplification des symptômes. En conséquence, on retenait le diagnostic de perturbation des émotions et des conduites consécutive à la consommation chronique d'alcool et d'état dépressif atypique dont l'incidence sur sa capacité de travail restait tout à fait hypothétique. L'élément essentiel était aussi l'existence d'une personnalité état limite avec des défenses narcissiques et projectives au premier plan.

Dans cette situation, il était délicat de juger de la capacité de travail. Les éléments de manipulation et le caractère utilisateur du recourant expliquaient par avance la discordance d'appréciation entre l'expert et le médecin traitant, ce dernier faisant par définition le postulat de sincérité de son patient. Le Dr G_____ estimait que la capacité de travail médico-théorique était entière dans toute activité médico-théorique adaptée à sa motivation et ses compétences. L'assuré était capable de s'adapter à son environnement professionnel s'il en avait la motivation, ce qui restait à démontrer. Il n'y avait pas de diminution de rendement. L'âge et les problèmes économiques semblaient au premier plan pour expliquer la demande. L'expert n'avait guère de recommandations thérapeutiques, si ce n'est la diminution de la consommation d'alcool de l'assuré, celui-ci ne paraissant cependant pas motivé. Un reclassement professionnel n'était pas indiqué et le travail actuel ou toute activité dans la mécanique restait possible.

17. Par courrier du 11 mars 2013, l'assuré a admis qu'il était arrivé alcoolisé à l'expertise mise sur pied par l'OAI. Il a indiqué qu'il lui arrivait parfois de boire pour se débloquer et parler lors de rendez-vous importants. Il a souligné ses difficultés financières pour le surplus.
18. Dans son avis du 8 avril 2013, la doctresse I_____, médecin auprès du SMR, a repris les conclusions de l'expert. Elle a noté que la perturbation des émotions et des conduites était consécutive à la consommation chronique d'alcool, que l'on pouvait considérer d'origine primaire. L'utilisation de machines à moteur n'était pas possible en cas d'alcoolémie positive. L'assuré ne présentait donc pas de pathologie psychiatrique ayant des répercussions sur la capacité de travail et pouvant motiver une consommation d'alcool chronique. Les troubles de la personnalité ne pouvaient être considérés comme incapacitants car l'assuré avait pu terminer sa formation et travailler durant vingt-cinq ans auprès du même employeur. L'abstinence était exigible.
19. Le 19 avril 2013, l'OAI a adressé un projet de décision refusant des prestations à l'assuré, celui-ci ne présentant pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions durables sur sa capacité de travail.
20. Lors d'un entretien avec l'OAI en date du 15 mai 2013, l'assuré a contesté le projet de décision. Il s'estimait atteint dans sa santé.
21. Par certificat du 17 mai 2013, le Dr E_____ a attesté d'une incapacité de travail totale depuis le 14 janvier 2010.
22. Le 22 mai 2013, l'assuré a fait parvenir à l'OAI des demandes d'emploi infructueuses qu'il avait faites.
23. Le 28 mai 2013, l'assuré a transmis à l'OAI le dossier le concernant établi par la CIA, sa caisse de pension. Il en ressortait notamment les éléments suivants :

- selon un préavis du 30 novembre 2007 du docteur J_____, médecin-conseil de la CIA, l'assuré remplissait les conditions d'octroi d'une demi-rente d'invalidité ;
 - selon les préavis respectivement datés du 5 avril et du 21 avril 2011 des docteurs K_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et L_____, spécialiste FMH en médecine générale, tous deux médecins-conseils de la CIA, l'assuré remplissait les conditions d'octroi d'une rente d'invalidité complète ;
 - l'assuré bénéficiait d'une pension provisoire complète de la caisse de pension depuis le 27 juin 2011 ;
 - dans son certificat du 20 septembre 2011, le Dr E_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assuré. Il a expliqué le refus de l'OAI par le fait que l'assuré parvenait à donner le change sur une courte période mais que la résistance et le rendement sur la durée n'avaient pas été évalués correctement ;
24. Dans son avis du 20 août 2013, la doctoresse M_____, médecin auprès du SMR, a souligné que le rapport du 17 mai 2013 du Dr E_____ n'indiquait pas la cause de l'incapacité de travail attestée. Il n'y avait aucun argument médical en faveur d'une aggravation ou d'une nouvelle atteinte. Il s'agissait d'un alcoolisme primaire sans incapacité de travail durable.
25. Par décision du 22 août 2013, l'OAI a confirmé le refus de mesures professionnelles et de rente d'invalidité en reprenant les termes de son projet. Les nouveaux documents remis par l'assuré dans l'intervalle n'étaient pas susceptibles de modifier ses conclusions.
26. Par acte du 21 septembre 2013, l'assuré a interjeté recours contre la décision de l'OAI. Il a affirmé être incapable de travailler, hormis occasionnellement une à deux heures d'enseignement bénévole dans le cadre de l'Université ouvrière de Genève. Il avait également fondé une association, actuellement en péril car il ne parvenait pas à lui consacrer plus de cinq heures par semaines. Ses recherches d'emploi s'étaient soldées par des échecs et sa santé psychique ne s'améliorait pas. La pension provisoire de la CIA ne couvrait pas ses charges. Il considérait la situation injuste car il s'était toujours consacré pleinement à son métier d'enseignant.
27. Dans sa réponse du 16 octobre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a soutenu que sa décision était fondée sur une expertise psychiatrique fouillée, lors de laquelle le Dr G_____ avait procédé à un examen complet et minutieux, posant des diagnostics clairs et des conclusions motivées. Elle satisfaisait donc les réquisits jurisprudentiels pour se voir reconnaître une pleine valeur probante et la décision de l'intimé devait être confirmée.
28. Par réplique du 16 décembre 2013, le recourant, par l'intermédiaire de son conseil, a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'intimé et à l'octroi de prestations d'invalidité six mois après le dépôt de sa demande, et

subsidiairement, à la mise en œuvre d'une expertise dont les frais devaient être mis à la charge de l'intimé. Il a affirmé que certains éléments rapportés par le Dr G_____, notamment concernant sa formation, étaient incorrects. Cet expert avait d'ailleurs fait l'objet de nombreuses critiques de la part de ses pairs, comme cela ressortait notamment d'un rapport du Conseil d'Etat du canton de Vaud produit à l'appui de l'écriture du recourant. Le SMR avait suivi les conclusions du Dr G_____ sans tenir compte de l'avis du médecin traitant du recourant. Celui-ci contestait la validité de l'expertise, au vu de son taux d'alcoolémie à ce moment. De plus, le diagnostic du Dr G_____ était en contradiction avec l'avis de deux spécialistes qui avaient suivi le recourant sur de longues périodes, la Dresse C_____ et le Dr E_____. Les avis du Dr E_____ étaient très clairs, précis et complets. Ils se fondaient en outre sur une connaissance approfondie du cas. Il n'existait d'ailleurs pas de motif pour s'écarter de l'avis circonstancié d'un médecin traitant. La bonne foi du recourant ne pouvait être mise en doute.

A l'appui de ses griefs, le recourant a produit un rapport du 12 décembre 2013 du Dr E_____. Celui-ci y indiquait que le rapport du Dr G_____ n'était pas valable car le recourant était trop alcoolisé et les perturbations affectives et mnésiques trop importantes. Il était de plus impossible de déterminer en une seule séance si une personne est alcoolique. Au demeurant, plusieurs entretiens – au moins trois dans les cas simples – étaient nécessaires pour cerner une personnalité. La labilité du trouble émotionnel état limite nécessitait plusieurs entrevues et les tests évaluant la thymie variaient. L'estimation de deux médecins traitants reposant sur une longue période était donc plus fiable qu'un entretien. Le Dr E_____ a relevé que l'analyse du Dr G_____ ne tenait pas compte des connaissances actuelles sur l'état limite. Le recourant était incapable de travailler. Même sous les menaces de poursuite et d'expulsion, il ne parvenait pas à améliorer sa capacité de travail. En outre, la dépendance alcoolique était une maladie addictive. Elle était l'une des causes de la diminution actuelle de la capacité de travail. En cas d'abstinence, il serait possible de l'améliorer mais tel n'était actuellement pas le cas. L'interprétation des symptômes décrivant le recourant comme manipulateur par une personne non spécialisée dans le traitement d'un état limite était typique des symptômes d'un tel trouble. Le Dr E_____ ajoutait que la limitation de la capacité de travail liée à ce trouble de personnalité était de 50 à 100 %. Additionnée à l'âge compte tenu de la rigidité de la personnalité après 45 ans pour ce trouble, l'incapacité de travail était supérieure à 70%. La non-compliance médicamenteuse était également la conséquence d'un symptôme de l'état limite.

29. Dans sa duplique du 13 février 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions, en se référant à l'avis du 22 janvier 2014 de la Dresse M_____. Ce médecin a indiqué, s'agissant du temps nécessaire aux assurés pour révéler certains éléments, que ces derniers connaissaient les enjeux d'une expertise. De plus, l'expert disposait des avis de ses confrères, qui l'aidaient à poser ou à écarter un diagnostic. Il s'agissait en l'espèce d'un alcoolisme primaire et le recourant ne présentait pas d'atteinte

psychique grave et durable ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Il n'y avait pas non plus de séquelles de l'alcoolisme et l'avis divergent du Dr E_____ s'expliquait par le fait que le psychiatre traitant ignorait la jurisprudence en matière d'alcoolisme primaire ou secondaire.

30. Le 16 avril 2014, la Cour de céans a informé les parties de son intention de mettre sur pied une expertise judiciaire et leur a communiqué les questions qu'elle avait l'intention de poser.
31. Par ordonnance du 2 juillet 2014, la chambre de céans a mis en œuvre une expertise auprès du docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. La chambre de céans a notamment constaté que l'expertise établie par le Dr G_____ n'emportait pas la conviction dès lors que notamment son examen clinique paraissait très incomplet, que les diagnostics n'étaient pas étayés, que ses conclusions étaient contradictoires et que certains de ses propos dénotaient un parti pris. Son rapport ne pouvait donc se voir accorder valeur probante (ATAS/843/2014).
32. Le 21 octobre 2014, le recourant a produit un courrier daté du 15 mai 2014 par lequel le Département de l'instruction publique prenait acte de la décision de la caisse de prévoyance de l'Etat de Genève du 24 juin 2013, en vertu de laquelle il était mis au bénéfice d'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} juillet 2011.
33. Par rapport du 27 octobre 2014, le Dr N_____, sur la base notamment de trois entretiens avec le recourant effectués les 2 et 16 septembre et 13 octobre 2014, d'un entretien avec le Dr E_____ le 5 septembre 2014 et avec la doctoresse O_____, médecin traitant, le 15 octobre 2014, des résultats des examens biologiques du 1^{er} octobre 2014 et de l'étude du dossier médical, a diagnostiqué une dysthymie (F34.1), soit un trouble psychique de faible gravité qui n'entraînait aucune incapacité de travail.

L'expert a indiqué que la plainte principale de l'expertisé consistait en une incapacité à réaliser ses projets du fait d'une incapacité à agir. Il disait ne pas réussir à se motiver suffisamment. Il n'avait pas de désir ni d'intérêt à mener une vie sociale. Il disait avoir des inquiétudes concernant sa situation financière. Il ne décrivait pas de troubles anxieux à proprement parler, mais des ruminations sans fin sur sa situation, y compris parfois la nuit. Il disait dormir plutôt bien, parfois douze à quatorze heures par jour. L'appétit était satisfaisant, plutôt excessif, avec une prise de 50 kg depuis les dix dernières années. Il reconnaissait boire parfois quand il devait affronter des situations difficiles, mais il ne considérait pas avoir de problèmes de dépendance, ni même de surconsommation. S'agissant de ses activités, il disait regarder des films ou consulter internet, il lisait, ne participait pas aux tâches ménagères, mais faisait parfois les courses.

A titre de constatations objectives, l'expert n'a relevé aucun foetor alcoolique perceptible lors des trois entretiens. Les fonctions cognitives n'apparaissaient pas altérées, le cours de la pensée n'était pas perturbé, le focus d'attention était

maintenu sans difficulté et la mémoire était conservée dans ses différentes modalités. L'expertisé n'apparaissait pas particulièrement anxieux. Son attitude était détendue et la motricité n'était pas perturbée. L'expert n'avait pas observé de signe de perturbation neurovégétative. L'humeur apparaissait légèrement abaissée. L'expertisé expliquait certes ses ennuis et une certaine déception, mais il n'exprimait pas de tristesse pathologique. L'estime de soi était légèrement altérée. Il faisait toutefois des projets, se disait heureux en ménage et il n'évoquait aucune idée de culpabilité. Il ne signalait pas d'idée de mort, ni de suicide. L'expert n'avait pas constaté de symptôme de la lignée psychotique. Concernant le fonctionnement de la personnalité, les trois entretiens avec l'expertisé et les éléments d'anamnèse à disposition ne permettaient pas de mettre en évidence de tendances pathologiques à se sentir persécuté par autrui, à entretenir des relations conflictuelles, à surévaluer ses propres capacités, à avoir une perception autocentrée des événements ou encore d'autres traits de personnalité anormalement présents.

S'agissant des diagnostics, l'anamnèse et l'examen de l'expertisé montraient qu'il présentait depuis début 2010 des troubles de l'humeur d'intensité fluctuante. Depuis plusieurs mois, ces troubles pouvaient être considérés comme légers puisque la tristesse n'apparaissait pas d'une intensité notoire (l'expertisé lui-même disait avoir le moral « pas au beau fixe »), il n'y avait pas de plaintes de fatigue, ni de ralentissement, le sommeil et l'appétit étaient satisfaisants, voire excessifs, l'anxiété légère et l'expertisé ne signalait pas d'idée de mort, ni de suicide. L'état actuel du recourant était donc caractérisé par une humeur fluctuante mais plutôt abaissée, avec une altération de l'estime de soi, une difficulté à agir pour réaliser les projets, une faible activité sociale et des ruminations psychiques négatives. Le diagnostic était donc une dysthymie (F34.1).

L'expert a expliqué que le recourant avait présenté un premier épisode dépressif en 2005, puis un nouvel épisode dépressif en 2010. Ces troubles avaient évolué progressivement dans le sens de la chronicité et de l'atténuation. Ils constituaient actuellement un tableau de dysthymie, qui n'entraînait aucune incapacité de travail. Les épisodes dépressifs de 2005 et 2010 avaient entraîné une incapacité de travail totale. Suite à la rechute dépressive en 2010, l'état du recourant s'était progressivement amélioré mais également chronicisé et avait correspondu à un diagnostic de dysthymie depuis environ 2012. L'évolution de l'épisode dépressif de 2010 s'était faite progressivement. Il était donc difficile de fixer une date précise quant à la modification de la capacité de travail. L'expert pouvait évaluer, au regard du rapport médical du Dr E_____ du 30 janvier 2012 et du rapport du Dr G_____ du 7 mars 2013, que l'incapacité de travail était nulle depuis environ juin 2012. L'état actuel du recourant n'entraînait pas de limitations sur le plan psychique et la capacité de travail pouvait être maintenue par la poursuite de la prise en charge psychothérapeutique.

L'expert a par ailleurs noté que le recourant ne présentait aucun signe de toxicodépendance. Il avait pu présenter, dans le passé, une consommation d'alcool

nocive pour sa santé, mais il n'y avait pas actuellement de diagnostic de dépendance à l'alcool. L'expertisé avait pu se présenter aux trois entretiens sans être sous l'influence de l'alcool. De plus, les résultats montraient des constantes hépatiques dans la norme.

S'agissant de l'appréciation du Dr E_____, l'expert a indiqué que ce médecin avait posé pour la première fois les diagnostics de trouble dépressif récurrent, trouble mixte de la personnalité et trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline en avril 2011. Il avait confirmé ces diagnostics en janvier 2012, mais par la suite, il n'avait plus donné de précisions quant à l'évolution des diagnostics, tout en confirmant la persistance d'une incapacité de travail totale. Selon l'expert, il apparaissait crédible que des épisodes dépressifs soient survenus en 2005 et en 2010, mais il convenait de constater que ces troubles avaient évolué par la suite, et au moment de l'expertise, ils ne correspondaient plus à un diagnostic d'épisode dépressif, mais uniquement à un diagnostic de dysthymie. L'expert a ajouté que son diagnostic actuel étant différent de celui du Dr E_____, son évaluation de la capacité de travail l'était également. Par ailleurs, ce médecin avait posé en avril 2011 deux diagnostics de troubles de la personnalité, ce qui en soit était peu crédible. A travers l'anamnèse, l'expert avait pu constater que l'expertisé n'avait jamais présenté de troubles du comportement notoire, ni de troubles relationnels majeurs de nature à faire évoquer un trouble de la personnalité. Lors des entretiens, l'expert n'avait pas constaté de symptômes évocateurs de tels troubles.

S'agissant de l'appréciation du Dr G_____, ce médecin avait diagnostiqué une dépendance à l'alcool, une perturbation des émotions et du comportement liée à la consommation chronique d'alcool, un état dépressif atypique, et une non observance au traitement. Le Dr N_____ a expliqué qu'il n'avait pas constaté, lors de l'expertise, de signes de dépendance à l'alcool et l'examen biologique confirmait l'absence d'une telle dépendance, raison pour laquelle il avait écarté ce diagnostic. Il avait, anamnestiquement et cliniquement, constaté un tableau correspondant à un état dysthymique, c'est-à-dire une tendance chronique à la dépression, sans sévérité suffisante pour poser un diagnostic d'épisode dépressif, caractérisé par une fluctuation entre un sentiment d'aller bien et de faire des projets et des périodes de découragement, une difficulté à agir, un manque de satisfaction dans la vie quotidienne, avec des ruminations négatives et des plaintes, sans cependant la présence de signes majeurs de la dépression, à savoir un ralentissement psychique ou une perte totale d'intérêt et de plaisir, ou un sentiment de fatigue chronique, ou encore des idées de mort ou de suicide. Par ailleurs, les résultats de la prise de sang avaient permis d'écarter la non-observance au traitement signalée par le Dr G_____ et les troubles de la personnalité n'étaient pas observables actuellement et n'étaient pas étayés par l'anamnèse. Enfin, l'expert avait constaté, comme le Dr G_____, que les troubles de l'humeur ne justifiaient pas d'incapacité de travail.

34. Par écriture du 24 novembre 2014, l'intimé a modifié ses conclusions dans le sens où le recourant avait droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2011 jusqu'au 31 août 2012. L'intimé s'est référé à l'avis du 17 novembre 2014 établi par la Dresse M_____, selon lequel il résultait de l'expertise du Dr N_____ que le recourant avait présenté début 2010 des troubles de l'humeur d'intensité fluctuante, mais que depuis plusieurs mois, ces troubles pouvaient être qualifiés de légers puisque la tristesse n'apparaissait pas d'intensité notoire. Le diagnostic était donc une dysthymie qui n'entraînait pas d'incapacité de travail. Par contre, les deux épisodes dépressifs de 2005 et 2010 avaient entraîné une incapacité de travail totale dans toute activité, notamment de janvier 2010 à mai 2012. Dès juin 2012, sa capacité de travail était entière. L'expertise du Dr N_____ était convaincante et bien étayée ; le recourant ne présentait pas de maladie psychiatrique grave et durable.
35. Par courrier du 8 décembre 2014, le conseil du recourant a informé la chambre de céans de la fin de son mandat.
36. Par pli du 31 janvier 2015, le recourant a notamment rappelé les causes de son état de santé depuis 2005, qu'il était une personne timide, d'une trop grande sensibilité et faisant tout pour cacher ses émotions. Il avait pris 50 kg en une année, et non pas en dix ans, tel que l'avait noté le Dr N_____. Il donnait bénévolement des cours de base de français pour adultes à raison d'un ou deux soirs par semaine, mais se rendait compte qu'il lui serait impossible actuellement de retravailler même à mi-temps. Son problème d'argent n'était certes pas une maladie, mais s'il arrivait à rembourser ses dettes, cela lui remonterait le moral. Le recourant a produit un rapport du Dr E_____ du 26 janvier 2015, dont il résulte que le Dr N_____ avait décrit effectivement les variations thymiques décrites par le recourant. Le psychiatre traitant relevait qu'il n'y avait pas d'investigations concernant les compétences interpersonnelles, ni la capacité à poser des limites afin de se préserver émotionnellement. Il était impossible de déterminer avec précision une personnalité en trois séances, il fallait au moins un an de suivi. Le rendement sur la durée n'avait pas été déterminé et la Dresse C_____ était aussi convaincue que l'incapacité de travail du recourant était totale.
37. Après avoir adressé une copie de ce courrier à l'intimé, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. La chambre de céans a déjà examiné, dans son ordonnance du 2 juillet 2014, les questions de sa compétence et de la recevabilité du recours interjeté contre la décision du 22 août 2013, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/843/2014).
2. a. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

b. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

c. En l'espèce, la décision litigieuse du 22 août 2013 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Le litige a pour objet le droit du recourant à une rente de l'assurance-invalidité, singulièrement la question de savoir si l'état de santé du recourant s'est aggravé - de manière à influencer son droit à la rente - entre le 29 février 2008, date de la décision initiale entrée en force, par laquelle cette prestation lui a été refusée, et le 22 août 2013, date à laquelle l'intimé s'est prononcé sur la nouvelle demande du recourant.
4. Quand l'administration entre en matière sur une nouvelle demande [art. 87 al. 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201)], elle doit examiner la cause sur le fond et déterminer si la modification du degré d'invalidité rendue plausible par l'assuré a effectivement eu lieu (ATF 117 V 198 consid. 3a). Selon la jurisprudence, elle doit procéder de la même manière que dans les cas de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA (ATF 133 V 545 consid. 6), c'est-à-dire comparer les circonstances existant lorsque la nouvelle décision est prise avec celles qui existaient lorsque la dernière décision reposant sur un examen matériel du droit à la rente est entrée en force (ATF 133 V 108; ATF 130 V 71)

pour apprécier si dans l'intervalle est intervenue une modification sensible du degré d'invalidité justifiant désormais l'octroi d'une rente.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement

exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c ; ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

d. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, *in* SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

8. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. En l'occurrence, l'intimé a, par une première décision du 29 février 2008, refusé au recourant tout droit à des prestations en l'absence d'une pathologie invalidante de longue durée sur le plan somatique et psychique. Le recourant avait présenté un état dépressif réactionnel sévère, mais sans répercussion sur sa capacité de travail (avis du SMR du 22 février 2008).

Suite à la nouvelle demande de prestations déposée par le recourant le 26 janvier 2011, l'intimé a retenu dans sa décision litigieuse, en se fondant sur le rapport d'expertise du Dr G_____, que le recourant ne présentait aucune aggravation notable de son état de santé depuis la décision initiale du 29 février 2008, ce que le recourant a contesté en se référant aux appréciations du Dr E_____.

Dans le cadre de la présente cause, le recourant a été soumis à une expertise psychiatrique.

Par rapport du 27 octobre 2014, le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie a diagnostiqué une dysthymie (F34.1), soit un trouble psychique de faible gravité n'entraînant pas de limitations sur le plan psychique, ni de répercussion sur la capacité de travail du recourant. Par le passé, celui-ci avait

présenté un premier épisode dépressif en 2005, puis un nouvel épisode dépressif en 2010. Suite à la rechute dépressive en 2010, l'état du recourant s'était progressivement amélioré mais également chronicisé et correspondait, depuis environ 2012, au diagnostic de dysthymie. L'épisode dépressif que le recourant avait présenté dès le début 2010 avait entraîné une incapacité de travail totale jusqu'en mai 2012.

La Cour de céans constate que le rapport établi par l'expert se base sur trois entretiens avec le recourant, un entretien avec les Drs E_____ et O_____, les résultats des examens biologiques et l'étude du dossier médical. L'anamnèse est complète et les plaintes ont été prises en considération. Les descriptions et les appréciations de la situation médicale sont claires. L'expert s'est exprimé sur l'évolution de l'état de santé du recourant et sur sa capacité de travail. Il a dûment expliqué pour quelles raisons il s'écartait des appréciations des Drs E_____ et G_____ et il a motivé son point de vue. Ses conclusions sont cohérentes et convaincantes.

Il s'ensuit que le rapport d'expertise remplit en tous points les réquisits jurisprudentiels pour que lui soit accordée une pleine valeur probante, ce que l'intimé ne conteste pas.

Il convient encore d'examiner si d'autres spécialistes ont émis des opinions contraires aptes à mettre en doute l'appréciation de l'expert.

Le Dr E_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué, outre le trouble dépressif récurrent, épisode sévère sans symptômes psychotiques, un trouble mixte de la personnalité et un trouble de personnalité émotionnellement labile type borderline (rapports du 19 avril 2011 et 30 janvier 2012). Selon son rapport du 26 janvier 2015, le Dr E_____ a indiqué que l'expert n'avait pas investigué les compétences interpersonnelles, la capacité du recourant à poser des limites, ni le rendement sur la durée. Il était impossible de déterminer avec précision une personnalité en trois séances. Il est d'avis que le recourant présente une incapacité de travail totale.

La chambre de céans relèvera que l'expert a, de manière claire et convaincante, expliqué que si le recourant avait certes présenté un épisode dépressif dès 2010, ce trouble avait toutefois évolué par la suite et au moment de l'expertise, il ne correspondait plus à un diagnostic d'épisode dépressif, mais uniquement à un diagnostic de dysthymie. Il a expliqué que depuis plusieurs mois, ce trouble pouvait en effet être considéré comme léger, puisque la tristesse n'apparaissait pas d'une intensité notoire (l'expertisé lui-même disait avoir le moral « pas au beau fixe »), il n'y avait pas de plaintes de fatigue, ni de ralentissement, le sommeil et l'appétit étaient satisfaisants, voire excessifs, l'anxiété légère et l'expertisé ne signalait pas d'idée de mort, ni de suicide. L'état actuel du recourant était donc caractérisé par une humeur fluctuante mais plutôt abaissée, avec une altération de l'estime de soi, une difficulté à agir pour réaliser les projets, une faible activité sociale et des ruminations psychiques négatives. Le diagnostic était donc une dysthymie (F34.1).

S'agissant du trouble mixte de la personnalité et du trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline posé en avril 2011 par le psychiatre traitant, l'expert a expliqué que le fait de poser deux diagnostics de troubles de la personnalité était en soi peu crédible. En outre, il a de manière convaincante, indiqué qu'à travers l'anamnèse, il avait pu constater que l'expertisé n'avait jamais présenté de troubles du comportement notoires, ni de troubles relationnels majeurs de nature à faire évoquer un trouble de la personnalité. Qui plus est, lors des entretiens, l'expert n'avait pas non plus constaté de symptômes évocateurs de tels troubles. Enfin, la chambre de céans relèvera que contrairement à ce que fait valoir le Dr E_____, selon lequel l'expert n'aurait pas investigué les compétences interpersonnelles et la capacité du recourant à poser des limites, le Dr N_____ a noté que ni les trois entretiens, ni les éléments d'anamnèse ne permettaient de mettre en évidence des tendances pathologiques à se sentir persécuté par autrui, à entretenir des relations conflictuelles, à surévaluer ses propres capacités, à avoir une perception autocentrée des événements ou encore d'autres traits de personnalité anormalement présents (p. 14 du rapport d'expertise). Force est donc de constater que le psychiatre traitant ne fait pas état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert.

S'agissant du Dr G_____, qui a diagnostiqué d'autres atteintes que celles retenues par le Dr N_____, on rappellera que la chambre de céans a jugé, dans son ordonnance d'expertise du 2 juillet 2014, que son rapport ne remplissait pas les critères jurisprudentiels relatifs à la valeur probante d'une expertise, dans la mesure où son examen clinique paraissait très incomplet, que les diagnostics n'étaient pas étayés, que ses conclusions étaient contradictoires et que certains de ses propos dénotaient un parti pris (ATAS/843/2014).

Compte tenu de ce qui précède, la chambre de céans constate qu'il n'existe aucune circonstance bien établie susceptible d'ébranler sérieusement la crédibilité des conclusions du Dr N_____, de sorte qu'il n'y a pas lieu de s'en écarter, ce que le SMR admet également.

Il y a donc lieu de retenir que suite à la rechute dépressive en 2010, l'état du recourant s'est progressivement amélioré mais également chronicisé et correspond, depuis environ 2012, au diagnostic de dysthymie, soit un trouble de faible gravité, qui n'entraîne aucune incapacité de travail. Cela étant, en raison de l'épisode dépressif qui a débuté en 2010, le recourant a présenté une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 14 janvier 2010 jusqu'au 31 mai 2012.

Force est dès lors de constater que la capacité de travail du recourant s'est péjorée depuis la décision initiale du 29 février 2008 puisque celle-ci ne retenait aucune pathologie invalidante de longue durée, ni d'incapacité de travail.

Reste encore à examiner si le recourant a droit à une rente d'invalidité.

10. a. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quart de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 2 LAI).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

- b. En vertu des art. 28 al. 1 et 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008), le droit à la rente prend naissance au plus tôt à la date dès laquelle l'assuré a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne pendant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins, mais au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29 al. 1 LPGA.

La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (art. 29 al. 3 LAI).

- c. Aux termes de l'art. 88a al. 1 RAI, si la capacité de gain s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

- d. En l'occurrence, le recourant a été en incapacité de travail totale dans toute activité de janvier 2010 à mai 2012, ce qui correspond à une invalidité de 100% et donne donc droit à une rente entière.

L'incapacité de travail ayant débuté le 14 janvier 2010 et le recourant ayant déposé sa demande de prestations le 26 janvier 2011, le droit à la rente entière a donc pris naissance le 26 juillet 2011, soit à l'échéance de six mois à compter du dépôt de la demande de prestations.

Compte tenu de ce qui précède, le recourant a droit à une rente entière dès le 1^{er} juillet 2011 jusqu'au 31 août 2012, soit trois mois à compter de l'amélioration de sa capacité de travail survenue le 1^{er} juin 2012 (art. 88a al. 1 RAI).

11. Par conséquent, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse partiellement annulée, le recourant ayant droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2011 au 31 août 2012.
12. Le recourant, représenté par un conseil pour une partie de la procédure, et obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de dépens [art. 61 let. g LPGA et 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA-GE – E 5 10) et art. 6 du Règlement sur les frais,

émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 – RFPA ; E 5 10.03].

13. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.
14. a. Il convient encore de statuer sur le sort des frais de l'expertise judiciaire mise en œuvre par la chambre de céans, à hauteur de CHF 4'811.50.

b. Dans un arrêt publié à l'ATF 139 V 496 consid. 4.3, le Tribunal fédéral a rappelé que les frais qui découlaient de la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire confiée à un centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) pouvaient le cas échéant être mis à la charge de l'assurance-invalidité (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). En effet, lorsque l'autorité judiciaire de première instance décidait de confier la réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire à un COMAI parce qu'elle estimait que l'instruction menée par l'autorité administrative était insuffisante (au sens du consid. 4.4.1.4 de l'ATF 137 V 210), elle intervenait dans les faits en lieu et place de l'autorité administrative, qui aurait dû, en principe, mettre en œuvre cette mesure d'instruction dans le cadre de la procédure administrative. Dans ces conditions, les frais de l'expertise ne constituaient pas des frais de justice au sens de l'art. 69 al. 1bis LAI, mais des frais relatifs à la procédure administrative au sens de l'art. 45 LPGA qui devaient être pris en charge par l'assurance-invalidité.

Cette règle, qu'il convient également d'appliquer, dans son principe, aux expertises judiciaires mono- et bidisciplinaires (cf. ATF 139 V 349 consid. 5.4), ne saurait entraîner la mise systématique des frais d'une expertise judiciaire à la charge de l'autorité administrative. Encore faut-il que l'autorité administrative ait procédé à une instruction présentant des lacunes ou des insuffisances caractérisées et que l'expertise judiciaire serve à pallier les manquements commis dans la phase d'instruction administrative. En d'autres mots, il doit exister un lien entre les défauts de l'instruction administrative et la nécessité de mettre en œuvre une expertise judiciaire (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2). Tel est notamment le cas lorsque l'autorité administrative a laissé subsister, sans la lever par des explications objectivement fondées, une contradiction manifeste entre les différents points de vue médicaux rapportés au dossier (ATF 135 V 465 consid. 4 et ATF 139 V 225 consid. 4. 2), lorsqu'elle a laissé ouverte une ou plusieurs questions nécessaires à l'appréciation de la situation médicale ou lorsqu'elle a pris en considération une expertise qui ne remplissait manifestement pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante de ce genre de documents (ATF 125 V 351 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_803/2013 du 13 février 2014 consid. 4.1).

c. En l'occurrence, étant donné que le Dr G_____, expert mandaté par l'intimé, a rendu un rapport contenant un examen clinique très incomplet, des diagnostics qui n'étaient pas étayés, des conclusions contradictoires et des propos dénotant un parti

pris de l'expert, l'intimé ne pouvait se fonder sur ce rapport sans procéder à une instruction complémentaire avant de rendre sa décision. La chambre de céans n'ayant pas eu d'autre alternative que de mettre en œuvre une expertise judiciaire afin de pouvoir statuer sur le présent litige, il se justifie dès lors de mettre les frais de l'expertise judiciaire à charge de l'intimé.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule partiellement la décision de l'intimé du 22 août 2013 en tant qu'elle nie le droit du recourant à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2011 au 31 août 2012.
4. La confirme pour le surplus.
5. Dit que le recourant a droit à une rente entière d'invalidité du 1^{er} juillet 2011 au 31 août 2012.
6. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues au recourant et nouvelle décision.
7. Condamne l'intimé à payer au recourant une indemnité de CHF 2'000.- au titre de dépens.
8. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
9. Met les frais de l'expertise judiciaire à hauteur de CHF 4'811.50 à charge de l'intimé.
10. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les

conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Brigitte BABEL

La présidente

Catherine TAPPONNIER

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le